

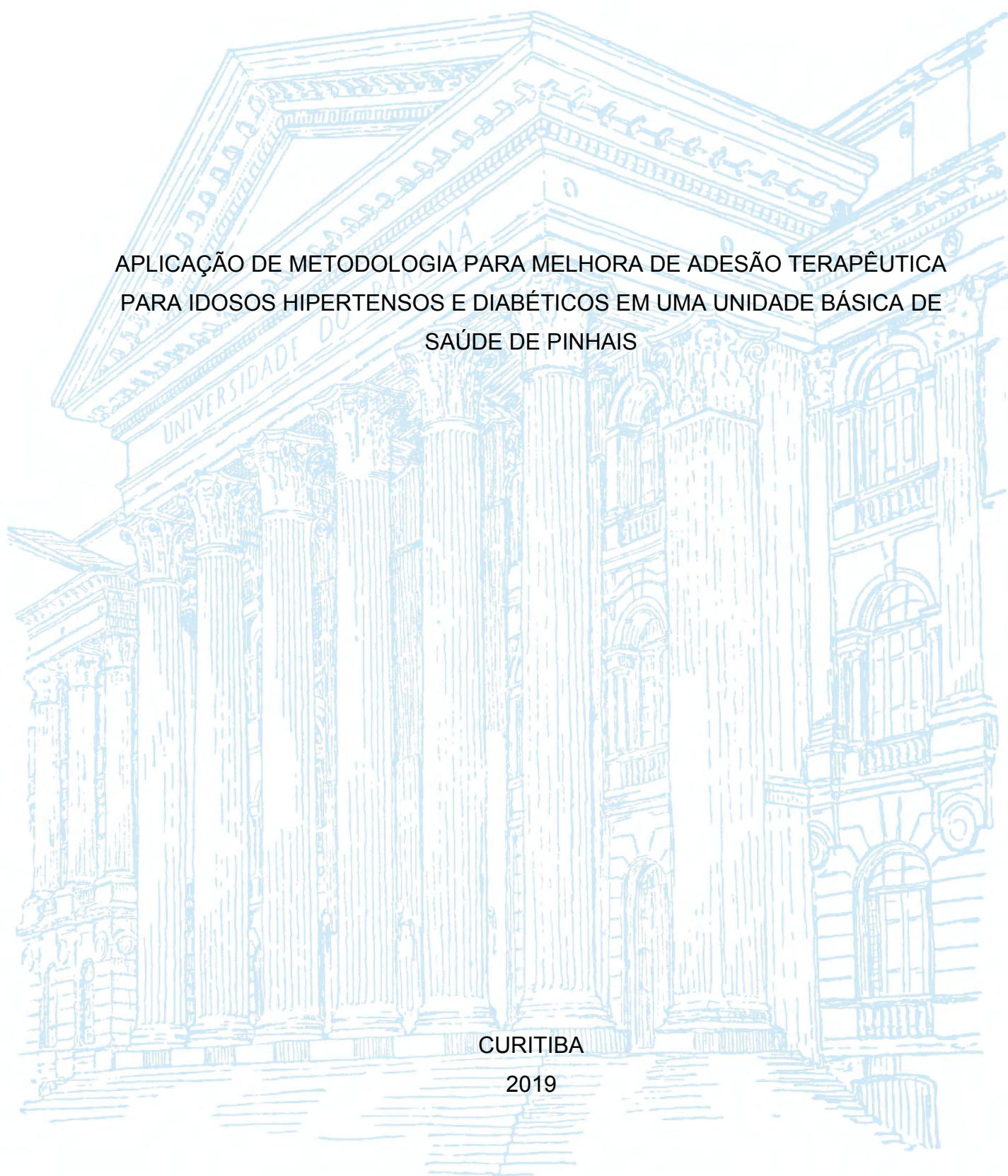
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GUILHERME DE FREITAS BEZERRA

APLICAÇÃO DE METODOLOGIA PARA MELHORA DE ADESÃO TERAPÊUTICA
PARA IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE PINHAIS

CURITIBA

2019



GUILHERME DE FREITAS BEZERRA

APLICAÇÃO DE METODOLOGIA PARA MELHORA DE ADESÃO TERAPÊUTICA
PARA IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE PINHAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná (UFPR), como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. Vitor Last Pintarelli

CURITIBA

2019

Dedico este trabalho aos meus pais (Vanda e Edson) que me incentivaram e apoiaram no caminho da educação e pesquisa ao longo de toda minha vida. Dedico também aos meus mestres da graduação aos quais me inspiraram e incentivaram profissionalmente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida, não somente nestes anos como discente, mas que em todos os momentos.

A Universidade Federal do Paraná e a UNA-SUS pela oportunidade em realizar este curso.

A tutora Andreia Pettres pela orientação e apoio.

Ao meu orientador Prof. Dr. Vitor Last Pintarelli pelo empenho dedicado ao auxílio na elaboração deste trabalho.

“A conquista é um acaso que talvez dependa mais das falhas dos vencidos
do que do gênio do vencedor”
(Madame de Staël)

RESUMO

O plano de Intervenção que trata da “APLICAÇÃO DE METODOLOGIA PARA MELHORA DE ADESÃO TERAPÊUTICA PARA IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PINHAIS” é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Paraná (UFPR), financiado pelo UNA-SUS. O objetivo é melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso de idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, as principais doenças crônicas não-transmissíveis que assolam população desta faixa etária. Para a pesquisa, foram realizadas quatro fases de ações de acordo com o proposto pelo Ministério da Saúde no Caderno "Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas" (2016). A ferramenta usada como parâmetro de avaliação e melhora foi o Teste de Morisky-Green (TMG). Como resultado tem-se que, dos 31 idosos não aderentes ao tratamento proposto ($TMG \leq 3$) que seguiram toda metodologia proposta, 25 deles (ou seja, 80,6%) obtiveram adesão total após o período de aplicação ($TMG=4$). Esse resultado mostra que, mesmo com roll reduzido, a aplicação desta metodologia é válida, mostrando potencialidade para ser reproduzida em maior escala. Apesar disso, há necessidade de acompanhamento dos efeitos e resultados a longo prazo.

Palavras-chave: idosos; adesão ao tratamento; hipertensão arterial; diabetes.

ABSTRACT

The intervention plan that deals with the "APPLICATION OF METHODOLOGY TO IMPROVE THERAPEUTIC ADHESION TO HYPERTENSIVE AND DIABETIC ELDERLY PEOPLE IN A BASIC HEALTH UNIT OF PINHAIS" is a result of the Specialization Course in Primary Health Care of Federal University of Paraná (UFPR), funded by UNA-SUS. The objective is to improve adherence to the drug treatment of elderly patients with arterial hypertension and diabetes mellitus, the main chronic non-communicable diseases that afflict the population of this age group. For the research, four phases of actions were performed according to the proposal of the Ministry of Health in the Notebook "Synthesis of Evidence for Health Policies: Adherence to Medicinal Treatment by Patients with Chronic diseases" (2016). The tool used as an evaluation and improvement parameter was the Morisky-Green Test (TMG). As a result, 25 of them (80.6%) had total adherence after the application period (TMG = 4). This result shows that, even with reduced roll, the application of this methodology is valid, showing potential to be reproduced on a larger scale. Despite this, there is a need for monitoring long-term effects and outcomes.

Keywords: elderly; therapeutic adhesion; arterial hypertension; diabetes mellitus.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – QUESTIONÁRIO TMG	20
-----------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – TABELA ILUSTRADA SIMPLES FACILITADORA.....	23
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

PMM	- Programa Mais Médicos
PIB	- Produto Interno Bruto
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
UBS	- Unidade Básica de Saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
DM-2	- Diabetes Mellitus tipo 2
DCNT	- Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	JUSTIFICATIVA.....	12
1.2	OBJETIVOS	15
2	MÉTODOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
4	RESULTADOS ESPERADOS E DISCUSSÃO	20
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA

Entre as inúmeras unidades de saúde que receberam profissionais do Programa Mais Médicos (PMM), a unidade analisada situa-se na região metropolitana de Curitiba, na cidade de Pinhais - PR.

O município de Pinhais pertenceu à Piraquara até 1992. Isso lhe certifica como um dos municípios mais novos do Paraná. Uma curiosidade é o fato de ser o menor em extensão do Estado, com uma área de 60.869 quilômetros quadrados. É, também, o município mais próximo do centro de Curitiba, estando a apenas 8,9km da região central da capital paranaense⁽¹⁾.

Com 130.789 habitantes de população estimada para 2018, Pinhais é o quinto maior município da Região Metropolitana de Curitiba, em população⁽²⁾. População é majoritariamente feminina - 60199 mulheres contra 56809, em relação ao último censo de 2010. No último censo oficial (2010), mostrou-se também que 70,9% da população estava na faixa etária dos 15 aos 64 anos e que 100% da população pertence à área urbana⁽³⁾. Sua taxa de natalidade é de 14,3 nascidos por 1000 habitantes. Sua taxa de mortalidade infantil é de 5,88 por 1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade geral é de 5,6 por 1000 habitantes⁽³⁾. A principal causa de mortalidade de Pinhais são as doenças do aparelho circulatório, com 24,3%, seguidas de neoplasias (18,07%), causas externas (13,6%) e doenças do aparelho respiratório (11,15%)⁽¹⁾.

Sua taxa de analfabetismo é baixa entre a população adulta - variando de 0,70% entre a faixa de 15 a 19 anos até 2,52% de 40 a 49 anos. Entretanto, essa taxa é elevada entre a população de 50 anos ou mais - 10,18% da população acima de 50 anos declarou-se analfabeta⁽³⁾.

Economicamente, o PIB per capita de Pinhais é relativamente elevado, R\$41.999,00, porém seu IDH é apenas mediano, de 0,751⁽²⁾. O município também conta com com índice Gini de concentração de distribuição de renda por domicílio de 0,5082 (3), conferindo-lhe uma alta desigualdade na distribuição de renda. O saneamento do município é de 93,8% em 2010, sendo o quinto maior do Paraná. Apesar disso, a urbanização de vias públicas é de apenas 21,8%, sendo o 248º município entre os 399 paranaenses⁽²⁾.

A nível de saúde, Pinhais conta com 11 unidades de Estratégia Saúde da Família, 1 UPA (unidade de Pronto Atendimento), 2 CAPs (Centro de Atenção Psicossocial) sendo um CAPS II e outro CAPS-AD e uma Maternidade. Com isso, conta com 15 estabelecimentos de saúde pelo SUS. Como Pinhais faz parte de uma região metropolitana e está inserida no contexto de saúde de Curitiba, serviços ambulatoriais e de alta complexidade são todos vinculados à Curitiba ou Campo Largo⁽³⁾.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) analisada segue os critérios de uma ESF (Estratégia de Saúde da Família), chamando-se Unidade de Saúde Ana Nery. Está localizada em um bairro na periferia de Pinhais, chamado Alto Tarumã, sendo composto por 3 equipes (ouro, prata e bronze). A abrangência da UBS tange 10281 pessoas. A equipe ouro atende 3646 pessoas, a prata 3171 e a bronze 3464. Em relação à distribuição por gênero, são 4609 indivíduos do sexo masculino em toda área de abrangência e 1696 homens na equipe Ouro; são 5672 indivíduos em toda área de abrangência e 1950 mulheres na equipe Ouro. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem, uma técnica em enfermagem, seis agentes comunitárias e um dentista. Além dos profissionais acima citados, a ESF ainda conta com auxílio de profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que são: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário e farmacologista.

Dedica-se este trabalho o estudo da Equipe Ouro da Unidade de Saúde Ana Nery.

A unidade realiza os seguintes programas: Hiperdia, Saúde Mental, Puericultura e Pré-Natal. Como a unidade segue o Acesso Avançado para o agendamento, 70% das consultas seguem como demanda espontânea e 30% para os programas acima citados. Afora, também se realiza visitas domiciliares.

As queixas mais comuns que levaram a população a procurar a sua unidade de saúde no ano de 2018, segundo pesquisa em software de prontuário eletrônico da unidade são: pressão elevada, glicemia alta, dor na coluna, tristeza, dor de garganta e febre.

Entre as patologias mais comuns que levaram a população a procurar a sua unidade de saúde no ano de 2018, segundo pesquisa por CID em software de prontuário eletrônico da unidade são: Hipertensão Arterial (CID-10 I10), Diabetes Mellitus (CID-10 E10/E11), Avaliação de Criança (CID-10 Z00.1), Consultas pré-natal

(CID-10 Z33/Z35), Saúde Mental (CID-10 F32/F33/F41) e Artrose (CID-10 M17/M18/M19).

Em UBS Ana Nery, um dos principais problemas analisados foi a não aderência ao tratamento proposto para doenças crônicas não-transmissíveis, especialmente hipertensão arterial e diabetes mellitus, devido à vulnerabilidades sociais: baixa instrução, idosos, baixos cuidados familiares, analfabetismo, dificuldade da comunicação pessoa-família-profissional, crenças sobre a doença, esquecimento, etc.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2) são as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que assolam a população brasileira⁽⁴⁾. Os idosos (população > 60 anos) são a principal faixa acometida por DCNT⁽⁴⁾. No Brasil, a prevalência de pessoas que referiram Hipertensão Arterial variou conforme a faixa etária: apenas 2,8% para população entre 18 a 29 anos; 17,8% entre a faixa de 30 a 59 anos; 44,4% entre pessoas entre 60 e 64 anos; 52,7% entre a faixa de 65 a 74 anos e de 55,0% entre as pessoas de 75 anos ou mais de idade⁽⁵⁾. A prevalência nacional para Diabetes Mellitus teve proporções um pouco mais brandas quando comparada à HAS, porém de caráter progressivo conforme o avanço da idade: 0,6% para faixa etária de 18 a 29 anos de idade a 19,9%, para faixa de 65 a 74 anos de idade, chegando a 19,6% para população com 75 anos ou mais⁽⁵⁾. Para ambas patologias, a não instrução escolar ou apenas fundamental completo foi considerado fator de risco para maior prevalência destas DCNT⁽⁵⁾.

No Brasil, a Hipertensão Arterial contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Junto com Diabetes Mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e encefálicas) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015⁽⁶⁾. Dos 1.138.670 óbitos que ocorreram em 2013, 339.672 (29,8%) foram consequentes à doenças cardiovasculares que, assim como já relatado, é a principal causa de mortalidade no país⁽⁷⁾.

Em Pinhais, a prevalência de hipertensos e diabéticos que se encontram cadastrados no programa do Hiperdia, atinge 17,60% da população⁽³⁾. Destes, 13,84% fazem uso da Atenção Primária para o tratamento de HAS e 3,76% para DM-2⁽³⁾.

Na área ouro, área de pesquisa deste trabalho, tem-se 670 idosos (cerca de 20% da população) dos quais 608 dizem ser analfabetos ou possuírem ensino fundamental incompleto. Do total de idosos, 109 moram sozinhos, outra condição que potencializa esta problemática. Outro fator causal seria idosos desassistidos pela família⁽⁸⁾. Estas situações predispõem à maior prevalência às DCNT nesta faixa etária (>60 anos), dentre as quais foca-se este trabalho à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é a intervenção social direta na população idosa portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus não aderentes ao tratamento medicamentoso da área Ouro da UBS Ana Nery de Pinhais - PR, promovendo o aumento da aderência ao tratamento medicamentoso por meio das técnicas, incentivos e intervenções propostas pelo caderno "Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas" do Ministério da Saúde (2016).

2 MÉTODOS

Este trabalho trata-se de um plano de intervenção norteado pela metodologia de pesquisa-ação, o qual visa a resolução de um problema coletivo. Nela, pesquisadores e participantes se cooperam na resolução da situação problema⁽⁹⁾.

Este trabalho segue a organização metodológica de Thiollent (2007), o qual divide a elaboração da pesquisa-ação em sete partes: a) Exploratória; b) Interesse do tema; c) Definição do problema; d) Base teórica; e) Elaboração da proposta; f) Implantação; e g) Avaliação do impacto.

A primeira etapa é a Exploratória, etapa esta que perfaz o diagnóstico situacional: durante a avaliação das problemáticas da área de abrangência da Unidade de Saúde Ana Nery de Pinhais - PR, contatou-se vulnerabilidades sociais e econômicas, tais como analfabetismo, baixo nível de instrução e desigualdade na distribuição de renda. Devido a isso, busca-se neste trabalho a pesquisa e planejamento de ações que objetivem amenizar os impactos dessas vulnerabilidades na condição clínica de saúde da população envolvida.

A segunda etapa envolve o interesse pelo estudo do tema de pesquisa. Pinhais, seguindo a estatística nacional, apresenta maioria de população vivendo com doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), cujas principais são hipertensão arterial e diabetes mellitus, na faixa etária acima de 60 anos (idosos). No Brasil, a prevalência de pessoas que referiram Hipertensão Arterial variou conforme a faixa etária: apenas 2,8% para população entre 18 a 29 anos contra 44,4% entre pessoas entre 60 e 64 anos; 52,7% entre a faixa de 65 a 74 anos e de 55,0% entre as pessoas de 75 anos ou mais de idade⁽⁴⁾. Os dados nacionais para diabetes mellitus também evidenciaram o aumento da prevalência diretamente proporcional à idade: 0,6% para faixa etária de 18 a 29 anos de idade a 19,9% para faixa de 65 a 74 anos de idade, chegando a 19,6% para população com 75 anos ou mais⁽⁴⁾. Em Pinhais, a prevalência de hipertensos e diabéticos que se encontram cadastrados no programa do Hiperdia, atinge 17,60% da população total⁽³⁾. Além da morbidade, a mortalidade por ambas as patologias é alta: no Brasil, a Hipertensão Arterial contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular⁽⁶⁾. Junto com Diabetes Mellitus e suas complicações (cardíacas, renais e encefálicas) têm impacto

elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015⁽⁶⁾.

Na terceira etapa, tem-se a exploração do problema. Considerando o fato de hipertensão arterial e diabetes mellitus serem as DCNT mais prevalentes na população brasileira e também considerando que ambas comorbidades são majoritárias na faixa etária correspondente à população idosa, escolheu-se para este trabalho ações que pretendam melhor controle clínico dessas patologias nessa população (> 60 anos). Os dados acima citados mostram que o município de Pinhais segue o mesmo perfil epidemiológico para ambas patologias que o apresentado em âmbito nacional. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), a não adesão aos tratamentos a longo prazo na população, em geral, está em torno de 50,0 a 70%⁽¹⁰⁾. De acordo com TAVARES, Noemia U. L. et al, cerca de 1/3 dos idosos que utilizam medicamentos apresentaram baixa adesão ao tratamento⁽⁸⁾.

Na quarta etapa, tem-se a base teórica. Como citado anteriormente, hipertensão e diabetes mellitus são as DCNT mais prevalentes no Brasil e também na população idosa⁽⁴⁾ e apresentam elevada taxa de mortalidade⁽⁶⁾. A adesão terapêutica, segundo a OMS, pode ser definida como grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional da saúde⁽⁸⁾. A não adesão à proposta terapêutica elevada ⁽⁶⁾⁽⁸⁾ pode ser apontada como um grande gargalo nas políticas de saúde pública. Devido a importância do tema, o Ministério da Saúde criou, em 2016, o caderno "Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas" afim de elucidar e direcionar as intervenções à comunidade frente a esta problemática⁽¹¹⁾.

Na quinta etapa, tem-se a elaboração da(s) proposta(s). Seguindo o modelo proposto pelo caderno do Ministério da Saúde acima citado⁽¹¹⁾, divide-se as ações para a problemática da não adesão terapêutica em quatro categorias: (1) Técnicas educacionais, motivacionais e cognitivas e sistemas de lembretes; (2) Oferta de incentivos ao paciente; (3) Intervenções para auxílio na gestão dos medicamentos pelo paciente e (4) Combinação de intervenções voltadas ao paciente. Para a categoria 1, propõe-se criar uma folha-lembrete ilustrada com o nome e posologia das medicações bem como lembrete dos horários de consultas médicas, nutricionais, fisioterapêuticas ou odontológicas que tangem o espectro da atenção primária. Para a categoria número 2, propõe-se a realização de palestras ou

atividades comunitárias mensalmente, afim de elucidação das patologias, motivo da proposta e esclarecimento de dúvidas. Para a categoria 3, propõe-se a entrega da medicação via domiciliar através dos agentes comunitários de saúde. Para a categoria 4 propõe-se a reafirmação das orientações em consulta junto ao farmacêutico para os pacientes que apresentarem alguma dificuldade na adesão mesmo com as sugestões acima.

Na sexta etapa, tem-se a implantação. Para implantação, é necessário escolha prévia de 50 pacientes idosos considerados alto risco para hipertensão e/ou diabetes frequentadores de UBS Ana Nery de Pinhais - PR e com dificuldade de adesão terapêutica (não aderentes). Inicialmente, antes das intervenções, é aplicado o Teste de Morisky-Green (TMG), um teste descritivo transversal de abordagem quantitativa amplamente utilizado⁽¹²⁾. Após a realização das propostas supracitadas, é refeito o teste. O teste é composto por quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de remédios, e que se tem mostrado úteis para a identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. De acordo com o protocolo do TMG, é considerado aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtém três pontos ou menos.

Na sétima e última etapa, tem-se a avaliação do impacto. Após a aplicação do TMG pós-intervenção, calcula-se a quantidade de pacientes não-aderentes (score ≤ 3 , pelo TMG) que se tornaram aderentes (score 4, pelo TMG) após a aplicação das propostas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Como já dito, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2) são as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que assolam a população idosa brasileira⁽⁴⁾.

De acordo com o Caderno "Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa" do Ministério da Saúde (2006): "Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva"⁽⁴⁾. Ainda de acordo com o mesmo, "Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros"⁽⁴⁾.

Os idosos (> 60 anos) são a principal faixa acometida por DCNT⁽⁵⁾. No Brasil, segundo o IBGE (2014), a HAS acomete mais de 50% dos idosos, enquanto o DM-2 acomete mais de 19%⁽⁵⁾. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), a não adesão aos tratamentos a longo prazo na população, em geral, está em torno de 50,0 a 70%⁽¹⁰⁾.

A consequência da não correta adesão ao tratamento proposto resulta em alta morbi-mortalidade. As complicações cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. A Hipertensão Arterial contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Junto com Diabetes Mellitus e suas complicações (cardíacas, renais e encefálicas) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar da população como um todo⁽¹³⁾.

Para elaboração deste trabalho, escolheu-se as técnicas, incentivos e intervenções propostas pelo caderno "Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas" do Ministério da Saúde (2016)⁽¹¹⁾, afim de intervir na população idosa portadora de HAS e DM-2 com baixa adesão medicamentosa.

4 RESULTADOS ESPERADOS E DISCUSSÃO

Como citado anteriormente, as atividades referidas seguem de acordo com o proposto pelo Ministério da Saúde no Caderno "Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas" (2016), com intuito de tornar aderente idosos portadores de hipertensão e diabetes (principais doenças crônicas não-transmissíveis) não-aderentes ao tratamento medicamentoso.

Na busca da seleção dos pacientes da referida unidade básica de saúde (UBS Ana Nery, Pinhais - PR) para compor o referido estudo, foram selecionados de forma randômica 50 idosos. Todos eles possuíam histórico de má adesão ao tratamento proposto, queixando-se de dificuldade na compreensão da prescrição médica. Foi aplicado inicialmente o questionário do Teste de Morisky-Green (TMG) (foto 1, abaixo), entre os dias 17/04 a 15/05/2019 nos cinquenta idosos em tratamento na UBS randomicamente selecionados. Todos estes pacientes apresentavam score igual ou inferior a 3, ou seja, evidência quantitativa de não adesão ao tratamento.

TMG (Questionário de Morisky-Green)	
1. Você alguma vez se esqueceu de tomar o remédio?	Sim
	Não
2. Você às vezes é descuidado para tomar seu remédio?	Sim
	Não
3. Quando você se sente melhor, às vezes, você para de tomar seu remédio?	Sim
	Não
4. Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você para de tomá-lo?	Sim
	Não

Tabela 1 – Questionário TMG (traduzido)

A escolha dos pacientes foi correta perante a proposta do presente estudo. Todos os 50 pacientes selecionados são idosos (>60 anos) com as seguintes patologias crônicas: hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus com má adesão ao tratamento medicamentoso (score TMG \leq 3). Nenhum dos idosos pré-

selecionados possuíam ensino fundamental completo, portanto nenhum possuía grau de instrução escolar média ou superior. Todos relatavam que tinham algum conhecimento de leitura, mesmo que parcial. Portanto, nenhum paciente se considerava completamente analfabeto na pré-seleção. Em relação ao sexo, 27 deles eram do sexo feminino e 23 do sexo masculino.

Foi realizado a tabela ilustrativa (FIGURA 1) simplificada com orientação da mesma ao paciente afim de corresponder a primeira etapa de ações "Técnicas educacionais, motivacionais e cognitivas e sistemas de lembretes" proposta pelo supracitado Caderno do Ministério da Saúde. Foram realizadas três palestras motivacionais e instrutivas/educacionais associado a entrega de medicamento via domiciliar para todos os referidos pacientes afim de corroborar com a primeira e também com a segunda etapa de ações "Oferta e incentivos ao paciente". Foram realizadas consultas médicas posteriores para reavaliação e novas orientações a todos os pacientes em estudo para corroborar com a terceira etapa "Intervenções para auxílio na gestão dos medicamentos pelo paciente". Para todos os pacientes com relato de dificuldade de adesão ao tratamento, foram realizadas nova visita de agente comunitária para reafirmação das propostas, afim de contemplar a quarta etapa "Combinação de intervenções voltadas ao paciente".

Acerca da primeira ação realizada, a tabela facilitadora (FIGURA 1) foi realizada de modo simples para que mesmo idosos semi-analfabetos ou com dificuldades visuais possam interagir com maior facilidade. Toda a tabela foi realizado pelo médico responsável junto à equipe de enfermagem em conjunto com as ACS (agentes comunitárias de saúde).

Toda a tabela preenchida com os medicamentos de cada paciente foi novamente explicada pelos agentes comunitários e/ou enfermeiros(as), via visita domiciliar, de modo a garantir melhor compreensão do tratamento médico proposto. Para todos os 50 pacientes, foi realizado tabela com anotação dos medicamentos e horário dos mesmos.

Para contemplar a primeira e segunda etapa, como já dito, foram realizadas 3 (três) palestras com intuito informativo e motivador, auxiliando a compreensão das doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus) bem como a necessidade da adesão ao tratamento proposto. As palestras foram realizadas foram: (1) no dia 25/05/2019 - Entendimentos Sobre HAS e DM-2 (palestra médica com dr. Guilherme Bezerra), (2) 04/06/2019 - Compreensão Medicamentosa e Posologia (palestra com

farmacêutica de NASF Emily Mello e (3) 18/06/2019 - Atividades integrativas e Inserção multiprofissional (palestra com enfermeira Carolina Souza). Em todas as palestras foram ressaltados aspectos clínicos destas patologias crônicas, a importância do tratamento e manejo correto de medicação.

Ao final da primeira e segunda etapa, tem-se que apenas 31 pacientes compareceram a todas as palestras. Portanto, apenas esses 31 pacientes foram inseridos na mostra total, pois apenas estes se propuseram a realizar todas as atividades conforme anteriormente pré-estabelecido. Desse modo, houve um viés de seleção, se tratando do afunilamento do número de participantes em questão.

Os medicamentos foram entregues via domiciliar via ACS para os 31 pacientes inseridos nesta pesquisa, enfatizando a terceira ação.

Para todos estes 31 pacientes foram realizadas uma nova consulta médica individual, após findar as três palestras, afim de confirmar a correta adesão medicamentosa bem como a coleta de dados posteriores. Nesta consulta foi realizada reavaliação médica bem como confirmação de tomada medicamentosa e novas instruções. Para todos os pacientes em que houve constatação de baixa adesão ou dificuldade de compreensão, foi realizada nova visita domiciliar de ACS.


Avigorando a quarta ação, para todos os pacientes em que houve constatação de baixa adesão ou dificuldade de compreensão, foi realizada nova visita domiciliar de ACS afim de reafirmar e reforçar, mais uma vez, a posologia e instruções.

Ao findar de todas as quatro etapas, cerca de uma a quatro semanas após a quarta etapa, reaplicou-se o questionário do TMG, por meio de visitas domiciliares das ACS. Dos 31 pacientes que passaram por toda a fase de aplicação da metodologia proposta, 25 deles (80,6%) tiveram mudança no score do TMG para 4 pontos, ou seja, evidência quantitativa de correta adesão ao tratamento. Apenas 6 (19,4%) persistiram com baixa aderência medicamentosa após a aplicação da metodologia.

O resultado obtido neste estudo demonstra que, apesar do pequeno roll da amostra, os resultados obtidos com a metodologia proposta são válidos com potencial de melhora da adesão medicamentosa de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. A médio prazo, espera-se uma melhora clínica e laboratorial dos pacientes aderentes. A longo prazo, espera-se que a unidade de

saúde consiga aplicar esta metodologia tem maior escala afim de contemplar todos os idosos com doenças crônicas não aderentes ao tratamento proposto.


O estudo também demonstra potencialidade da aplicação desta mesma metodologia em maior escala, em outras unidades básicas de saúde.




PREFEITURA DE PINHAIS
POSTO DE SAÚDE ANA NERY

TABELA DE MEDICAMENTOS:


1. CAFÉ DA MANHÃ



2. ALMOÇO



3. JANTAR



PRÓXIMAS CONSULTAS:

Figura 1 – Tabela ilustrada simples e facilitadora

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como dito na introdução, o objetivo deste trabalho era a aplicação da metodologia proposta pelo Caderno "Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas" (2016) na amostra de pacientes idosos portadores de hipertensão e diabetes mellitus (principais doenças crônicas não-transmissíveis nesta faixa etária) não aderentes ao tratamento medicamentoso.

Para ser aplicado o estudo, foram selecionados 50 idosos com estas condições. Ao final do processo, 31 participaram de todas as ações (tabela com instruções, palestras diversas, consulta e reconsulta médica, reafirmação do tratamento via domiciliar), portanto, apenas estes 31 foram quantificados no estudo devido à adesão total.

O resultado foi promissor: 80.6% (ou seja, 25 idosos) dos 31 idosos com efetividade plena na participação da metodologia se tornaram completamente aderentes a curto prazo ao final do estudo

O estudo, mesmo com pequeno roll na amostra (31 pacientes), demonstra potencialidade na aplicação da metodologia proposta pelo Caderno "Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas". Espera-se que a unidade de saúde em questão (UBS Ana Nery, em Pinhais - PR) consiga aplicar para toda sua gama de idosos portadores de doenças crônicas com problema relacionado à baixa adesão farmacológica.

A existência de trabalhos como este demonstram uma possibilidade de conduta para gestores de saúde, orientando, de maneira quantitativa, quanto às ações necessárias para solução de uma problemática tão frequente na atenção primária de saúde.

Mesmo com todas as potencialidades e resultados promissores, deve-se destacar que este estudo possui um roll de amostragem e local pequenos. Há, portanto, necessidade de novos estudos afim de quantificar o impacto desta ação com uma amostra maior e que novos estudos que demonstrem a eficácia da aplicação desta metodologia a longo prazo.

O estudo também não explica o motivo pelo qual 19 pacientes (38% da amostra inicial) não aderiram completamente às palestras. Dessa forma,

epidemiologicamente houve um viés de perda da amostra por não adesão total à metodologia. Esta fragilidade reflete, no entanto, na necessidade de novo estudo com avaliação e proposição para aumentar a completa adesão da população alvo à metodologia prestada.

Outra potencialidade a ser explorada tange à aplicabilidade da metodologia a longo prazo. Necessita-se, enfim, de novo estudo longitudinal com a mesma população a fim de quantificar a eficácia da metodologia após prazos de meses e anos.

REFERÊNCIAS

- (1) PINHAIS (PR). Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Pinhais, 2017. Disponível em: [http://www.pinhais.pr.gov.br/saude/uploadAddress/Plano_Municipal_de_Saude_2018-2021_e_anexos\[13675\].pdf](http://www.pinhais.pr.gov.br/saude/uploadAddress/Plano_Municipal_de_Saude_2018-2021_e_anexos[13675].pdf). Acesso em 20 Mar de 2019.
- (2) IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade - Panorama: Pinhais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pinhais/panorama>. Acesso em 29 Mar de 2019.
- (3) IPARDES. Caderno Estatístico - Município de Pinhais. Curitiba, março de 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83320> Acesso em 25 Mar de 2019.
- (4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, 2006.
- (5) IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro, 2014.
- (6) HEERSPINK H. J. et al. Effect of lowering blood pressure on cardiovascular events and mortality in patients on dialysis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. London: The Lancet, v. 373, p. 1009–1015, 2009.
- (7) AGARWAL R.; ALBORZI P.; SATYAN S. Dry-weight reduction in hypertensive hemodialysis patients (DRIP): a randomized, controlled trial. Dallas: Journal of Hypertension, v. 53, p. 500–507, 2009.

- (8) Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Thume, E., Facchini, L. A., Franca, G. V. A. D., & Mengue, S. S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev. Saúde Pública* [online], Brasília, v. 47, p. 1092-101, 2013.
- (9) SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4ª ed. Florianópolis: UFSC, 2005.
- (10) WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003..
- (11) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- (12) MORISKY, D. E.; GREEN L. W.; LEVINE D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. v. 24, p. 67-74, 1986.
- (13) SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 1-4, v. 107, n. 3 sup 3, 2016.